UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 118

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

(Une Observation)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

PAR

Maurice ROQUELAURE

Né à Nîmes, le 14 décembre 1892

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, prof. adj. / GRYNFELTT, agrégé. / DELMAS P., agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

(Une Observation)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0028

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 118

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

(Une Observation)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

PAR

Maurice ROQUELAURE

Né à Nîmes, le 14 décembre 1892

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, professeur, *Président*. / DE ROUVILLE, prof. adj. / GRYNFELTT, agrégé. / DELMAS P., agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA (✲)	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM FEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (I.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (⚚)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (⚚).
Microbiologie	N. . .
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DE ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O✲⚚) a.l. (ch. de c.
Médecine operatoire	SOUBEYRAN ✲ ⚚, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie	WATON ✲ (⚚) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE
LEENHARDT	EUZIERE.	PECH ✲ ch. d'agr. l.
GAUSSEL (✲ ⚚).	J. DELMAS (⚚).	
RICHE	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, *président.*
DE ROUVILLE, professeura dj.
MM. GRYNFELTT, agrégé.
DELMAS P., agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions emises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA FEMME, A MA FILLE

Que la joie de leur tendresse me demeure.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Ce faible témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

M. ROQUELAURE.

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

M. ROQUELAURE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

GRYNFELTT ET DELMAS

M. ROQUELAURE.

AVANT-PROPOS

En présentant ce travail, qui consacre nos années d'études médicales, il nous est agréable d'adresser à nos Maîtres de cette Faculté, l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance. Nous le leur devons, pour la science de leur enseignement et pour la manière généreuse avec laquelle ils nous l'ont dispensée. Leurs encouragements et leurs conseils, ont aplani les innombrables difficultés de notre route, et il nous est doux d'arriver maintenant par leur aide, au terme longtemps espéré de nos efforts et de nos désirs. Le docteur d'aujourd'hui n'oubliera jamais qu'il fut hier leur élève attentif, et son souvenir s'honorera d'eux.

Que Monsieur le professeur Forgue nous permette de lui témoigner ici, notre gratitude infinie. Nous le remercions pour cette étude, qu'il nous a inspirée. Sous la direction de sa haute compétence, la tâche nous a été singulièrement facile, et c'est à lui que nous devons l'observation qui est la base de notre thèse. Nous tenons encore à lui exprimer notre attachement, à cause de l'aimable sympathie, dont il nous a si souvent prodigué l'accueillante indulgence, au cours de ces derniers mois. Il nous donne aujourd'hui même, une preuve précieuse de sa bienveillance, en acceptant d'être notre juge. Nous partons avec le regret d'avoir trop peu de temps profité de son enseignement, à la fois si pratique et si magistral.

Nous n'oublierons pas enfin nos amis. Certes, nous connaissions déjà la valeur de leur amitié et de leur dévouement, avant l'époque de nos douleurs nationales; mais ces cinq années, qui nous ont dispersés au gré des « fronts » glorieux, nous ont fait mieux apprécier la vérité de leurs sentiments. Nous les avons retrouvés au lendemain de la tourmente, avec le même cœur affectueux et désintéressé. Ce fut une grande douceur pour nous. Et le souvenir des heures d'autrefois, si insouciamment heureuses, que nous avons vécues ensemble, nous amène à évoquer la mémoire sainte de ceux d'entre nous qu'hélas! nous n'avons plus revus. Nous gardons leurs noms, comme les symboles du plus magnifique exemple et la clarté dont leur sacrifice s'auréole, ne cessera pas de nous conduire, dans cette carrière médicale, que leur mort contribue à illustrer et à honorer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

(Une Observation)

INTRODUCTION

Le cancer solide des ovaires, grâce aux travaux de ces dernières années, a été différencié des kystes dégénérés ou des tumeurs papillaires, avec lesquels on l'a longtemps confondu. Ainsi les anciennes divisions, en tumeurs solides et tumeurs liquides, ou tumeurs bénignes et tumeurs malignes, ont fait place aujourd'hui à une classification, basée sur l'examen histologique et sur l'histogénèse de ces tumeurs.

Leur étude peut se diviser en trois périodes :

Première période. — Jusqu'en 1895, on confondit toutes les tumeurs annexielles malignes.

Deuxième période. — En 1895 paraît le premier travail, qui essaie de dégager le carcinome ovarien, avec la thèse de Mlle Vigne (Thèse de Bordeaux). Cet auteur sépare nettement le véritable cancer de l'ovaire, des néoplasmes développés sur les parois des kystes ovariens. En 1899, Estor et Puech font paraître une étude consacrée surtout au pronostic et à l'évolution de ces tumeurs, rapidement généralisées et fréquemment récidivantes après leur ablation.

Troisième période. — Nous entrons enfin dans l'ère histologique, avec le travail capital de Massabuau, dans sa thèse de Montpellier, en 1906, où il étudie les divers types anatomiques de ces cancers et leur histogénèse. Depuis, des formes nouvelles ont été individualisées : en 1907, les cancers à formations chorio-épithéliomateuses par Forgue et Massabuau ; en 1911, Chenot étudie l'épithélioma à cellules claires. Récemment, Alamartine et Maurizot décrivent les hypernéphromes génitaux développés aux dépens de surrénales aberrantes. Enfin, en 1913, Massabuau et Etienne reprennent, dans la *Rev. de Gynécologie*, une étude d'ensemble de la question, et se basant sur toutes les observations indubitables de cancers primitifs ovariens, ils établissent son histoire anatomoclinique.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Forgue une observation complète de carcinome alvéolaire bilatéral de l'ovaire. Cette observation nous fournit l'occasion de reprendre l'étude des points intéressants qu'elle présente.

Nous laisserons de côté les sarcomes, les endothéliomes et les tératomes de l'ovaire, réservant notre étude au cancer primitif de cet organe, dont les observations sont assez rares, puisque Massabuau et Etienne trouvent qu'elles représentent les 0,07 p. 100 des affections gynécologiques et les 4,86 p. 100 des tumeurs ovariennes.

OBSERVATION

Cancer bilatéral primitif de l'ovaire
(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Le 24 janvier 1920 entre, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubreuil, n° 32, C. J..., 34 ans, pour douleurs hypogastriques et iliaques droites.

Le début de la maladie remonte au mois d'avril 1919, par des douleurs dans les régions hypogastrique et iliaque surtout droites, avec irradiations dans l'épigastre. Ces douleurs éclatent brusquement, par crises qui durent de deux à quatre jours au début. Ces crises apparaissent chaque huit ou dix jours, sans vomissements et sans fièvre, et laissent dans leur intervalle la malade courbaturée. Elles se montrent à l'occasion d'une fatigue, et, inévitablement à l'occasion des règles, débutant avec celles-ci, mais se montrant très intenses à la fin.

En juillet apparaissent des troubles de la menstruation. Les règles, qui avaient été douloureuses, mais régulières jusque là, durant trois jours, sans caillots, moyennement abondantes, font place à une ménorragie qui dure tout le mois. En août, métrorragie de cinq jours après les règles, qui ont apparu à la date normale.

Au mois de novembre, la malade s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction au niveau de l'hypogastre. Cette

tuméfaction a grossi rapidement pour atteindre l'état actuel; en même temps que les douleurs se montrent continues et plus intenses.

A son entrée, la malade est amaigrie, ses joues ont diminué et elle est incapable d'un effort. Elle souffre continuellement, surtout dans l'hypogastre et les fosses iliaques; ces douleurs s'irradient dans la région lombaire. Depuis quelques jours, deux symptômes nouveaux ont apparu: des troubles de la miction (pollakyurie et miction impérieuse) et des troubles de la défécation (pas de constipation, ni de diarrhée, mais une sensation de corps étranger dans le rectum).

Rien de particulier à signaler aux appareils, sinon quelques troubles digestifs: perte d'appétit, digestions longues. Tousse un peu, pas de signe stéthoscopique. Quelques palpitations.

Dans les antécédents, on relève simplement une grippe en 1914. Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfant.

Examen. — L'abdomen est le siège d'une tumeur occupant l'hypogastre, remontant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, s'étendant à gauche dans toute la fosse iliaque, à droite s'arrêtant au point de Mac Burney. Elle est de consistance très dure et sa surface est nettement irrégulière, offrant des nodosités de la grosseur d'une noix sur toute son étendue; ses bords paraissent découpés par la présence de ces nodosités. La paroi est libre sur elle et elle présente une légère mobilité dans toute sa masse sur les plans abdominaux profonds. Quelques ganglions sont perceptibles dans les régions inguino-crurales. Le toucher combiné est plus instructif. Le col, qui paraît normal, est fortement déjeté en arrière et à droite, par une masse volumineuse et dure qui bombe dans le cul-de-sac antérieur et l'efface. Les culs-de-sac gauche et postérieur

sont occupés par une autre masse, présentant la même consistance que la première. Cette consistance rappelle celle du fibrome. Elle est nettement séparée de la première par un sillon de séparation, qui passe approximativement à la limite des deux culs-de-sac antérieur et gauche.

Ces deux masses sont nettement indépendantes l'une de l'autre, elles sont mobiles isolément et le doigt vaginal peut les renvoyer sur les doigts abdominaux et inversement. Leur surface présente la même irrégularité que nous avons notée à la palpation abdominale et elles sont légèrement douloureuses à la mobilisation. Le fond de l'utérus ne peut pas être perçu. En présence d'une telle symptomatologie, M. le professeur Forgue pose le diagnostic de tumeur solide des ovaires.

Intervention. — Le 10 février 1920, une laparotomie médiane est pratiquée par M. le professeur Forgue sous rachianesthésie, avec 14 centigrammes de novocaïne; excellente rachi où on ne note que quelques vomissements au commencement et à la fin. Longue incision de la paroi, dépassant l'ombilic de trois travers de doigts. Une masse volumineuse apparaît, d'un blanc jaunâtre, avec quelques joints plus opaques, plus blanchâtres et quelques points kystiques. De gros vaisseaux rampent à sa surface. L'épiploon est adhérent à son pôle supérieur. On rompt les adhérences épiploïques et on s'efforce en chargeant le pôle inférieur avec la main gauche, de l'extérioriser. On se rend compte qu'en se portant en dedans, vers la ligne médiane, elle a entraîné l'utérus et l'a fait pivoter d'un quart de cercle autour de son axe, la face anté-utérine, qu'elle surplombe en haut de quatre travers de doigts, étant tournée à droite. On arrive en rompant quelques adhérences, à pincer et à sectionner le pédicule utéro-ovarien, puis le pédicule du ligament rond, et par trois pinces étagées, à saisir

le pédicule utérin. Après quoi, d'un coup de ciseau, on amorce à droite la dissection du lambeau péritonéal antérieur, que l'on est forcé de descendre très bas, parce que tout le péritoine des deux tiers de la face antérieure utérine présente des noyaux de généralisation cancéreuse, surtout à gauche, du volume d'un plomb de chasse, d'une lentille, d'un petit pois.

A gauche, la masse est plus fixe. Elle adhère par un point au péritoine vésical; si bien que pour sectionner cette adhérence et pour emporter ce point suspect, on pratique sur ce péritoine vésical, une petite excision, qui sera réparée en fin de séance. La masse gauche est adhérente à l'S iliaque. On dissèque de très près ces adhérences intestinales; mais ceci fait, il est facile de luxer la tumeur hors du Douglas et de faire le pincement, puis la section des trois pédicules: utéro-ovariens, ligament rond et utérin. Hystérectomie totale, suture du vagin, péritonisation, suture de la paroi en trois plans sans drainage. Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 6 mars.

Examen macroscopique. — La tumeur droite est une masse du volume d'une grosse noix de coco, qui dans sa majeure partie est de consistance ferme et qui n'offre de points kystiques, sous la forme d'une tumeur multilobée, du volume d'un œuf de poule, qu'au niveau de son pôle supérieur. La trompe droite coupe ce pôle supérieur et en raison du pivotement déjà signalé de l'utérus, présente une direction de bas en haut et de dedans en dehors, au niveau de ce pôle. La masse gauche est un gâteau un peu moins volumineux, multilobé, de coloration blanc opaque, avec quelques points kystiques; la trompe l'aborde par la partie moyenne de sa face interne et remonte jusqu'à deux travers de doigts de son bord antéro-externe. L'utérus, de

volume sensiblement normal, présente, surtout à droite, une série de petits noyaux d'aspect fibromateux; sur son fond, s'observe une tumeur pédiculée du volume d'une mandarine, à surface globulée et irrégulière.

Examen microscopique. — Des coupes ont été pratiquées dans le laboratoire de M. le professeur Grynfeltt. Elles proviennent d'un fragment pris sur le pôle inférieur de la tumeur droite. Son étude a montré des amas alvéolaires de cellules, limités par des travées très minces de tissu conjonctif. Les cellules des alvéoles sont des cellules irrégulièrement polygonales, sans forme nette, polymorphes, serrées les unes contre les autres, avec noyau très gros prenant bien les colorants. Certains sont en voie de division. Ces cellules sont tassées dans les alvéoles, sans ordre, très nombreuses et le tissu conjonctif limitant, est réduit à l'état de filaments très minces.

En certains points, on note au centre d'une alvéole, des groupes de cellules, dont les contours sont moins nets; le noyau plus ou moins fondu prend une teinte qui le différencie mal du protoplasme. Ces groupes de cellules se réunissent en certains points, formant une tache uniforme, contrastant nettement avec les cellules bien différenciées qui les entourent. Ce sont évidemment des points de dégénérescence pris à leur début, aboutissant à leur stade ultime, à la formation de ces pseudo-kystes, que nous avons signalés au cours de l'examen macroscopique.

Il s'agit donc d'un épithélioma alvéolaire ou carcinome de l'ovaire.

ETIOLOGIE

Notre observation est un exemple de plus du développement du cancer de l'ovaire, au cours de la vie génitale de la femme. Sans indication d'âge-limite de cette période, nous désignons ainsi avec Massabuau et Etienne celle « qui commence et finit avec la menstruation ». Rare, en effet, avant l'apparition des règles et après la ménopause, la fréquence du cancer des ovaires est au maximum de 25 à 45 ans. A l'inverse du cancer des autres organes, qui se montre à un âge avancé, il apparaît à l'âge moyen et dans beaucoup de cas se manifeste chez de jeunes femmes ; puisque les auteurs relèvent un maximum à 25 ans.

La grossesse ne semble pas avoir une influence sur l'apparition de l'affection. Notre malade était une nullipare, et d'ailleurs, les statistiques montrent aussi bien la néoplasme des ovaires chez les nullipares que chez les multipares. Plus intéressants à étudier, sont les troubles de la menstruation dans l'histoire clinique des néoplasies ovariennes. Dans l'observation que nous rapportons, nous notons que les règles ont toujours été régulières, quoique douloureuses, et que les premiers troubles furent accusés par une ménorragie d'un mois, apparue trois mois après le début clinique de la tumeur ovarienne. Le mois suivant : métrorragie. Donc il semble que ces troubles représentent une manifestation, due à la présence de la tumeur ova-

rienne, plutôt qu'une cause prédisposante. Et ceci est en pleine concordance de dire avec les idées admises aujourd'hui sur les raisons des hémorragies utérines que les professeurs Forgue et Massabuau notamment ont énoncées dans un article de la *Presse médicale* de 1912: « Les métrorragies de la ménopause ». Ces raisons doivent être recherchées dans des altérations anatomiques de l'ovaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, la pièce que nous avons étudiée, représente un beau cas de bilatéralité de tumeur ovarienne. Les deux masses sont sensiblement d'égal volume. Fait intéressant; car, en général, elles sont d'un volume bien différent: celà tient à ce que la bilatéralité n'existant pas au début, elle est la conséquence d'une greffe de la lésion sur le second ovaire envahi.

Dans ce cas particulier, il était impossible à l'examen de dire quel fut l'ovaire primitivement atteint. La consistance des deux tumeurs était inégale, très dure dans leur majeure partie, elle devenait fluctuante en certains points, où on percevait très bien la formation de cavités kystiques.

Ces points étaient inégalement répartis; à droite, ils siégeaient au niveau du pôle supérieur; à gauche, ils étaient disséminés irrégulièrement sur toute la masse qui prenait ainsi un aspect multilobé. Des adhérences fréquentes dans ces tumeurs à marche rapide, étaient déjà contractées avec l'épiploon, le côlon pelvien et le péritoine vésical. Elles étaient vraisemblablement de nature néoplasique. Ce qui nous autorise à le penser, c'est la présence de noyaux de généralisation cancéreuse, sur le péritoine vésical. Enfin, nous notons un utérus de volume normal, présentant des petits noyaux d'aspect fibromateux, et sur son fond, un fibrome sous-séreux nettement pédiculé. Cette coexistence

d'une fibromatose utérine avec le cancer des ovaires, est notée dans beaucoup d'observations. Il s'agit probablement d'une coïncidence. Dans notre pièce, sur le péritoine utérin et en particulier sur le péritoine recouvrant la tumeur du fond de l'utérus, on voyait des noyaux de dégénérescence cancéreuse, qu'il ne faut pas confondre avec une néoplasie secondaire utérine. Il s'agit de greffe banale sur le péritoine utérin, comme nous en avons signalée sur le péritoine vésical.

L'étude microscopique de notre tumeur, dont nous avons consigné les résultats dans l'observation, la fait classer dans le groupe des carcinomes alvéolaires. Ces cancers, comme l'a écrit M. le professeur Massabuau (1), dont nous résumons ici les conclusions, débutent tous par un stade identique: l'*adénome,* qui évolue ensuite, soit vers la transformation kystique, soit vers la tumeur papillaire, soit vers le carcinome. L'auteur décrit de celui-ci deux formes essentielles: les adéno-carcinomes et les carcinomes alvéolaires purs, et des formes accessoires. Les carcinomes alvéolaires, représentent la forme histologique la plus fréquemment observée des cancers primitifs de l'ovaire. L'envahissement épithélial dans le cas qui nous occupe était massif; le stroma conjonctif, très mince, était infiltré sans ordre, de cellules atypiques; c'est l'*épithélioma diffus.*

Un autre point dans nos coupes, nous paraît intéressant. C'est la présence de ces amas de dégénérescence que nous avons trouvés en général au centre des alvéoles. En certains points où les lésions dégénératives étaient peu avancées, il s'agissait d'une diminution de netteté de contours des cellules et des noyaux, le tout formant une tache légèrement floue au milieu de très belles cellules cancéreuses.

---

(1) Massabuau. Thèse de Montpellier, 1906.

En d'autres points, les divisions cellulaires avaient disparues et les noyaux se reconnaissaient difficilement au milieu de ce protoplasma très estompé. Enfin, ailleurs, des cavités irrégulières avaient apparu au milieu d'une substance hyaline où on ne reconnaissait aucun élément de la cellule. Nous avons pu ainsi saisir en quelque sorte les stades de formation de ces cavités kystiques, que nous avons signalées au cours de la description de notre pièce ; il s'agit évidemment de pseudo-kystes, puisque nous n'avons pas retrouvé d'épithélium de revêtement, et la dégénérescence hyaline peut-être massive aboutissant à des cavités volumineuses, puisque certaines atteignaient le volume d'un œuf de pigeon. D'ailleurs, les formations de ces géodes sont souvent notées dans les observations de néoplasmes ovariens, et semblent constituer une manière d'être de la plupart de ces tumeurs.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique que présentait notre malade est, semble-t-il, celui que l'on rencontre dans les tumeurs ovariennes. Le début a été marqué par des douleurs. C'est, en général le premier symptôme qui apparaît. Massabuau et Etienne notent, en effet, que les symptômes qui apparaissent les premiers sont:

1° Les douleurs (34 fois);
2° L'augmentation de volume du ventre (28 fois);
3° L'apparition d'une tumeur (16 fois);
4° Les troubles de la menstruation (16 fois);
5° Les métrorragies (9 fois).

Ce sont les formes de début habituelles. Ces auteurs signalent des formes de début rares:

a) Troubles de l'état général (5 fois);
b) Troubles digestifs (4 fois);
c) Troubles urinaires (2 fois);
d) Névralgies intercostales (?) (1 fois).

Les douleurs présentaient dans notre observation certains caractères intéressants. Elles n'étaient pas continues, mais procédaient par crises éclatant brusquement, durant deux à quatre jours, avec des intervalles de huit à dix jours. Ces crises représentent le seul symptôme pendant trois

mois. Les autres apparaissent ensuite et, après sept mois, la malade entre dans sa période d'état. Alors les symptômes sont au complet. On les divise d'habitude en :

1° Symptômes fonctionnels ;
2° Symptômes physiques ;
3° Symptômes généraux.

1° *Symptômes fonctionnels.* — Ce sont les douleurs, les troubles de la menstruation, les troubles digestifs, les troubles urinaires.

Les douleurs sont devenues continues. Elles siègent dans l'hypogastre, les fosses iliaques, s'irradient dans la région lombaire. Elles sont fortes, violentes ; notre malade gardait le lit avant l'opération tellement elle souffrait certains jours. La marche, la position debout la faisaient souffrir plus encore. Les auteurs se sont demandés quelle pouvait être la cause de ces douleurs. Il semble qu'il soit difficile de le dire ; les compressions sur l'intestin, sur le péritoine, sur les terminaisons nerveuses entrent probablement pour une part importante dans leur production.

Les troubles de la menstruation sont aussi un symptôme important de la tumeur ovarienne.

Nous avons signalé une ménorragie d'un mois et une métrorragie, dans l'histoire clinique de notre malade. Les anciens auteurs prétendaient que dans le cancer de l'ovaire, les règles étaient supprimées ; aujourd'hui, au contraire, on s'accorde à dire que l'aménorrhée est exceptionnelle. Les métrorragies existent dans 50 p. 100 des cas. Les troubles digestifs sont fréquents. Il est à remarquer d'ailleurs qu'ils font partie liée avec les troubles génitaux de la femme, et se rencontrent presque toujours dans les affections gynécologiques de quelque durée. Mais à part les digestions longues et pénibles que présentait notre malade,

qui sont vraisemblablement des phénomènes d'ordre réflexe, nous avons noté une sensation de corps étranger dans le rectum, qui représentait un phénomène de compression sur cette portion du tube digestif. Ces mêmes phénomènes se faisaient sentir sur la vessie; la pollakyurie et les mictions impérieuses relevaient de la même pathogénie.

2° *Symptômes physiques.* — Ils nous ont montré, à la palpation, la présence d'une grosse tumeur dans l'hypogastre, la fosse iliaque gauche et empiétant sur la région ombilicale et la fosse iliaque droite.

Donc, tumeur volumineuse; dans les observations publiées, on ne découvre souvent qu'un volume bien moindre (orange, mandarine). Sa surface à la palpation, apparaissait nettement irrégulière. Cette sensation était due à la forme multilobée et aux formations kystiques que nous avons signalées au cours de l'examen macroscopique de la pièce.

Le toucher vaginal s'est montré comme toujours le moyen décisif, auquel il ne faut pas manquer de recourir même chez les vierges. Il nous a montré que la masse abdominale révélée par la palpation, était en réalité formée par deux tumeurs indépendantes, nettement séparées par un sillon, mobiles isolément et ne faisant pas corps avec l'utérus.

Il est facile de comprendre en effet la raison pour laquelle le fond utérin n'a pu être retrouvé. Le corps de l'utérus était enfoui en quelque sorte dans le petit bassin, par les deux tumeurs ovariennes volumineuses, et son fond bloqué entre les deux ne pouvait être accroché par les doigts abdominaux. Par le toucher encore, on a pu mettre en évidence l'indépendance de ces tumeurs entre elles

d'abord, avec les organes du petit bassin ensuite ; les adhérences qu'elles avaient contractées étaient trop lâches pour les immobiliser.

3° *Symptômes généraux.* — Ces symptômes varient avec la période de l'évolution du cancer. Dans le cas qui nous occupe, l'amaigrissement, la diminution des forces étaient marqués, mais la malade n'était pas en période de cachexie qui cependant se montre très précoce dans les cancers de l'ovaire.

En résumé, les douleurs, les troubles de la menstruation, l'apparition de tumeur bilatérale du petit bassin, indépendantes du corps utérin et l'amaigrissement, forment la base symptomatique de l'affection que présentait notre malade.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer de l'ovaire, est un diagnostic qui présente beaucoup de difficultés. Et, dans beaucoup de cas, ce n'est qu'au cours de la laparotomie que ce diagnostic est porté. Ne nous occupant que de l'observation que nous présentons, nous éliminons les cas où un symptôme important fait défaut, comme l'absence des troubles de la menstruation, ou, au début, l'absence de tumeur pelvienne, ou la présence de symptômes rares qui égarent le diagnostic; comme l'ascite qui masque la tumeur ovarienne et gêne le toucher vaginal, ou le passage au premier plan de troubles de la défécation, à la suite d'une évolution rapide et anormale de la néoplasie vers le rectum. Dans une observation, de cancer de l'ovaire, rapportée par Lejars, le diagnostic d'appendicite fut porté, le traitement institué ; quelques jours plus tard, à la suite de l'apparition d'un ictère on pense à une angéiocholite. Lorsque le tableau clinique présente tous les symptômes que nous avons indiqués, le diagnostic est encore difficile en raison de la rareté de ces tumeurs ovariennes.

Il ne peut être sûrement posé que par le toucher vaginal.

Dans le cas qui nous occupe, il convenait d'abord de préciser le siège exact des deux tumeurs; car si l'une d'elles était facilement mobilisable; la gauche, la droite était plus enclavée dans le petit bassin et entraînait l'utérus avec

elle. Dans ces conditions, il fallait éliminer le fibrome utérin. avec lequel le cancer de l'ovaire a été parfois confondu, mais en mobilisant le col, on pouvait se rendre compte, après un examen attentif par les doigts abdominaux, que la tumeur droite ne subissait que des mouvements de voisinage. De plus, si elle avait été nécessaire, une hystérométrie aurait été pratiquée et nous aurait montré une cavité utérine de dimensions normales. Donc, une première étape du diagnostic est de rechercher si la tumeur fait corps avec l'utérus.

Quand on a reconnu son indépendance, il faut éliminer les fibromes pédiculés, la grossesse ectopique. Dans le cas présent, ce fut très facile, on n'y pensa même pas. Les tumeurs du ligament large (fibrome, sarcome, lipome) offrent parfois de réelles difficultés. Mais nos deux tumeurs étaient trop libres pour nous faire penser à une inclusion dans le ligament large.

Donc, on a établi ainsi par élimination le siège ovarien de la tumeur. Il y a d'autres tumeurs des ovaires auxquelles on aurait pu penser. Les kystes mucoïdes ont été éliminés en raison de la consistance très dure que nous percevions. Le fibrome de l'ovaire auquel on a songé, peut, en réalité, prêter à confusion. Tous les symptômes fonctionnels du cancer s'y retrouvent et la seule différence réside dans l'atteinte de l'état général. Nous avons noté à l'observation un amaigrissement et une diminution de forces très appréciables. Ces deux notions contribuèrent à fixer le diagnostic.

PRONOSTIC — EVOLUTION

Comme celui de toutes les tumeurs malignes, le pronostic du cancer de l'ovaire est sévère. Mais il présente un caractère particulier de malignité, en raison de son apparition chez les femmes jeunes et de son évolution rapide.

Il est à remarquer en effet que chez les jeunes, qu'il s'agisse de cancer du col de l'utérus ou de cancer des ovaires, les lésions progressent très vite et frappent en peu de temps l'état général; plus rapidement que le cancer des autres organes. Dans notre observation, dix mois seulement s'étaient écoulés entre l'apparition du premier symptôme et l'intervention, et déjà des greffes néoplasiques s'observaient sur le péritoine du petit bassin. Certains auteurs pensent que la situation intrapéritonéale du cancer de l'ovaire, est une des principales causes de la rapidité des greffes et de la gravité des lésions. Ils décrivent, un peu schématiquement peut-être, trois phases dans l'évolution de ces tumeurs: une phase d'extension locale, où les éléments de l'ovaire disparaissent très rapidement, puisqu'on en retrouve aucune trace, même après des interventions précoces. Une phase d'extension régionale, où le cancer envahit les ganglions et les organes voisins; parmi ceux-ci l'ovaire du côté opposé est le premier atteint en général. Une phase d'extension générale, où les cellules cancéreuses vont

par embolies, faire des noyaux secondaires dans l'organisme.

Un point encore est à signaler: c'est la rareté des complications. Par elles, nous entendons la torsion du pédicule, l'occlusion intestinale, les phlébites, l'anurie. On peut invoquer, semble-t-il, pour expliquer ce fait, la rapidité d'évolution de ces tumeurs, qui tuent avant l'apparition de ces complications.

TRAITEMENT

Les auteurs sont tous d'accord sur le traitement à suivre. Un cancer de l'ovaire diagnostiqué, indique l'ablation de la tumeur dans le plus bref délai. Ainsi apparaît l'importance de la précocité du diagnostic. Et même quand un doute plane encore sur la nature du néoplasme, une laparotomie exploratrice doit être pratiquée. C'e n'est que par elle que l'on peut se rendre compte si l'ablation est impossible. Sébileau ne s'exprime-t-il pas ainsi : « A tout malade qui porte un épanchement péritonéal et une tumeur de l'abdomen, hors le cas exceptionnel de cachexie avancée, et de mort imminente, on peut et on doit ouvrir le ventre ». Une seule contre-indication est admise aujourd'hui : c'est la cachexie avancée. Dans ce cas, on instituera un traitement général palliatif.

Trois interventions ont été proposées :

A. — La castration unilatérale ;
B. — La castration double ;
C. — La castration avec hystérectomie.

La castration unilatérale doit être rejetée. Nous avons noté la rapidité avec laquelle l'ovaire du côté opposé était atteint. Celà seul autorise à condamner cette pratique.

La castration double laisse dans le pelvis un organe, qui peut être déjà en dégénérescence maligne et qui n'offre

aucune utilité. Il semble donc que l'hystérectomie avec ablation des annexes, est l'opération de choix.

Nous croyons devoir insister sur les bienfaits de la rachianesthésie, comme nous l'avons vue pratiquer par M. le professeur Forgue, dans toutes les interventions de gynécologie. Elle permet d'opérer le bassin libre d'anses intestinales et ce « silence abdominal » rendent plus faciles et plus complètes les interventions pénibles comme celles que nécessitent les cancers de l'ovaire.

Les résultats des récidives après intervention sont sensiblement concordants.

Estor et Puech signalent 73 p. 100 de récidives.

Glockner, 70 p. 100.

Massabuau arrive à des résultats analogues, 70 p. 100.

Etienne et Massabuau, dans leur travail, donnent des résultats très étudiés des différentes interventions. Ils concluent que l'hystérectomie totale offre une mortalité post-opératoire inférieure à celle de l'ovariotomie. La mortalité post-opératoire s'élèverait à 14,31 p. 100, et ils trouvent sur 59 malades suivies après l'opération, 48 morts par récidives.

Ces résultats sont donc peu encourageants, mais ne portent nullement atteinte à l'indication de l'intervention, en raison des cas observés de longue survie et de ceux possibles des malades perdues de vue.

CONCLUSIONS

L'observation que nous apportons, nous permet de souligner les points suivants en matière de conclusions :

I. — Le cancer de l'ovaire s'observe à un âge moins avancé que le cancer des autres organes.

II. — La forme anatomique du carcinome est la plus fréquente et est souvent le siège de foyers de dégénérescence hyaline, qu'il ne faut pas confondre avec des cavités kystiques.

III. — Le diagnostic est souvent difficile ; il se base sur la bilatéralité de la lésion, quand elle existe, sur son indépendance avec l'utérus, sur la consistance de la tumeur et l'atteinte de l'état général.

IV. — Le pronostic est très sévère et l'évolution est plus rapide que dans les tumeurs malignes des autres organes.

V. — Le traitement de choix, aussi précoce que possible, est l'hystérectomie, avec ablation des annexes.

OUVRAGES CONSULTES

FORGUE (E.). et MASSABUAU (G.). — *In Nouveau Traité de chirurgie.*

MASSABUAU (G.). — Le cancer épithélial primitif de l'ovaire. *Thèse de Montpellier,* 1906.

MASSABUAU et ETIENNE. — Le cancer primitif de l'ovaire. *In Revue de Gynécolégie,* 1913.

FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de la ménopause. *Presse médicale,* 1912.

ESTOR et PUECH. — Résultat du traitement chirurgical du cancer des ovaires. *Revue de gynécologie,* 1901.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 19 mars 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 19 mars 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!